Si Usted Está Embarazada...

Este es un folleto informativo sobre el desarrollo del feto preparado por el Sistema de Salud y Servicios Humanos de Nebraska de acuerdo con los requisitos de la ley.

La ley de Nebraska requiere que tengamos esta información disponible para usted.

Si usted necesita más información o si tiene preguntas por favor visite a su médico.

Usted puede llamar sin costo al 1-800-548-2593 para obtener información acerca de la ayuda que usted puede recibir durante el embarazo, el parto, y los primeros años de vida de su bebé. Información sobre la adopción y sobre servicios para la prevención de embarazos involuntarios también se consigue llamando a este número. Usted también puede visitar al Sistema de Referencia de Nebraska en la siguiente página de internet: www.answers4families.org/nrrs/

Las ilustraciones proporcionadas en este folleto: Derecho de autor©
www.peggerrity.com

Versión Inicial 1993
Revisión Principal 1995
Revisión Minima en el Formato 1998
Ilustraciones Revisadas; Revisiones Minima en el Texto 2005

INDICE

Calculando la duración del embarazo 1

Midiendo la longitud del embrión y del feto 1

El desarrollo del embrión y del feto cada dos semanas 2

Métodos de aborto 21

Complicaciones del aborto 24

Complicaciones psicológicas del aborto 29

Efectos del aborto en futuros embarazos 29

Complicaciones del embarazo 29

Complicaciones psicológicas del parto 32

Calculando la duración del embarazo

Hay varias maneras de calcular la duración de un embarazo normal. Generalmente, los médicos lo calculan en semanas empezando con el primer día de la última menstruación. Esta manera de calcular la duración del embarazo es la que se utilizará en este documento. Utilizando este método, un embarazo de tiempo completo dura 40 semanas.

Midiendo la longitud del embrión y del feto

Una manera de medir la longitud del embrión y del feto se llama coronilla-glúteo. La medida coronilla-glúteo se basa en la longitud desde la parte más alta de la cabeza hasta la parte más baja de los glúteos. No se incluyen las piernas porque estas no indican con precisión la velocidad de crecimiento y desarrollo que ocurre al principio del embarazo. El método de medida coronilla-glúteo es el que se usará en este documento.

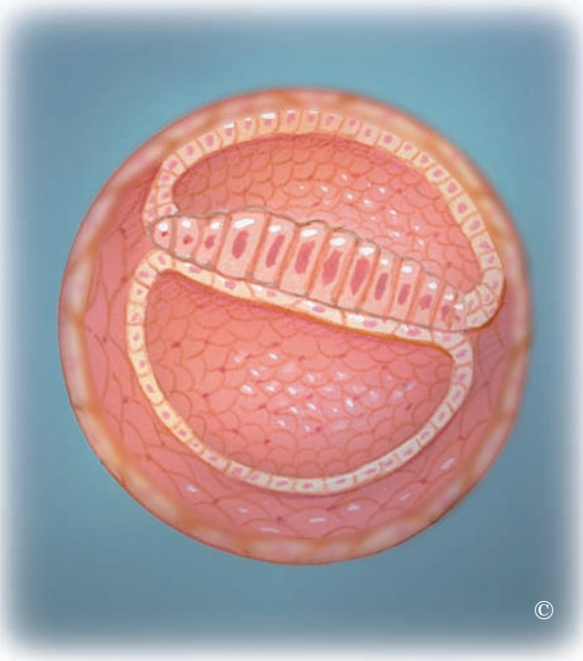
Después de aproximadamente 18 semanas de embarazo, la longitud y el peso del feto varía bastante, dependiendo de la nutrición, la salud general y la herencia.

El desarrollo del embrión y del feto

A continuación se describe el crecimiento y desarrollo del feto.

3 - 4 semanas después de la última menstruación

- El óvulo de la mujer ha sido fertilizado por el esperma del hombre y empieza a dividirse y multiplicarse.
- La agrupación de células en proceso de división, llamado el embrión, se anida en la pared del útero.
- No se puede ver el embrión, es muy pequeño.



Tamaño: No se puede ver el embrión porque es muy pequeño.

5 - 6 semanas después de la última menstruación

- El saco vitelino nutre el embrión mientras empiezan a formarse la placenta y la bolsa de agua.
- Se están formando la columna vertebral y la cabeza.
- El corazón se está formando y empieza la circulación de sangre.
- Aparecen abultamientos en donde se van a desarrollar las piernas y los brazos.
- El embrión mide menos de la quinta parte de una pulgada.

Tamaño: más pequeño que la quinta parte de una pulgada.

7 - 8 semanas después de la última menstruación

- La cabeza mide más de la mitad de lo largo del cuerpo.
- Se están formando las orejas y los ojos.
- El corazón late. El latido del corazón es visible por medio de un examen de ultrasonido.
- Los órganos internos (hígado, riñones, e intestinos) están creciendo.
- Las extremidades siguen creciendo en longitud.
- El embrión mide aproximadamente un tercio de una pulgada.

Tamaño: Aproximadamente un tercio de una pulgada.

9 -10 semanas después de la última menstruación

- Se están formando la nariz y la boca.
- Los dedos de las manos y de los pies pierden la membrana que los une y se separan.
- Se puede ver movimiento en un examen de ultrasonido.
- El feto mide desde media pulgada a una pulgada.

Nota: Después de 8 semanas de desarrollo, el embrión se conoce como un feto.

Tamaño: Entre media pulgada hasta una pulgada.

11 -12 semanas después de la última menstruación

- La cara es ancha y los ojos están bastante separados.
- Los riñones están formando orina.
- Todos los órganos están básicamente completos pero inmaduros.
- Se puede oír el latido del corazón.

Tamaño: Entre 1 a 2 1/2 pulgadas.

13 - 14 semanas después de la última menstruación

- Los huesos se hacen sólidos.
- Las articulaciones y los músculos permiten el movimiento del cuerpo entero.
- El feto mide aproximadamente 3 1/2 pulgadas de largo.
- El peso aumenta de 1/2 a 1-1/2 onzas.

Longitud: Aproximadamente 3 1/2 pulgadas.

15 - 16 semanas después de la última menstruación

- Los órganos sexuales internos están casi completos.
- El cerebro se vuelve más complejo.
- El feto mide de 4 1/2 a 5 1/2 pulgadas de largo.
- El peso aumenta de 1 1/2 onza a 4 onzas.

Longitud: Entre 4 1/2 a 5 1/2 pulgadas

17 - 18 semanas después de la última menstruación

- La cabeza mide casi 1/3 del largo del cuerpo entero.
- La mielina (la capa de insulación que cubre los nervios) empieza a formarse.
- Las raíces del pelo y de las uñas empiezan a formarse.
- El feto mide de 5 1/2 a 6 1/4 pulgadas de longitud.
- El peso aumenta de 4 a 7 onzas.

Longitud: Entre 5- 1/2 a 6- 1/4 pulgadas.

19 - 20 semanas después de la última menstruación

- La medre empieza a sentir movimientos y pataditas del feto.
- El feto mide de 6 1/4 a 7 1/2 pulgadas de largo.
- El peso aumenta de 7 a 11 onzas.
- Los fetos que nacen antes de las 20 semanas de gestación no pueden sobrevivir fuera del útero.

Longitud: Entre 6 1/4 a 7 1/2 pulgadas.

21 - 22 semanas después de la última menstruación

- Las cejas y las pestañas se empiezan a formar.
- La piel es muy delgada y roja sin grasa debajo.
- Se pueden ver fácilmente los vasos sanguíneos debajo de la piel.
- Las orejas son planas y se doblan fácilmente.
- El feto mide aproximadamente7 1/2 a 8 1/4 pulgadas de longitud.
- El peso aumenta de 11 a 16 onzas.
- De los fetos que nacen antes de las 23 semanas, aproximadamente el diez por ciento sobreviven.

Longitud: Entre 7 1/2 a 8 1/4 pulgadas.

23 - 24 semanas después de la última menstruación

- La mielina (la capa de insulación que cubre los nervios) empieza a formarse en el cerebro.
- La red de conexiones de los nervios se vuelve más compleja.
- El feto mide aproximadamente 8 1/4 a 9 pulgadas de longitud.
- El peso aumenta de 1 libra y 6 onzas.
- La posibilidad de sobrevivir fuera del útero es aproximadamente 20 por ciento (uno de cada cinco) a las 23 semanas, y del 55 por ciento (uno de cada dos) a las 24 semanas.

Longitud: Entre 8 1/4 a 9 pulgadas.

25 - 26 semanas después de la última menstruación

- Empieza el reflejo de mamar.
- Empiezan a crecer las uñas.
- El feto mide aproximadamente 9 a 9 3/4 pulgadas de longitud.
- El peso aumenta de 1 libra y 6 onzas a 1 libra y 13 onzas.
- La posibilidad de sobrevivir fuera del útero es aproximadamente 70 por ciento a las 25 semanas y del 80 por ciento a las 26 semanas.

Longitud: Entre 9 a 9 3/4 pulgadas de largo.

27 - 28 semanas después de la última menstruación

- Los ojos están parcialmente abiertos y pueden percibir la luz.
- Se puede observar reacción a los sonidos.
- El feto mide aproximadamente 9 3/4 pulgadas a 10 1/2 pulgadas de longitud.
- El peso aumenta de 1 libra y 13 onzas a 2 libras y 3 onzas.
- La posibilidad de sobrevivir fuera del útero es aproximadamente 85 por ciento a las 27 semanas y del 90 por ciento a las 28 semanas.

Longitud: Entre 9 3/4 a 10 1/2 pulgadas.

29 - 30 semanas después de la última menstruación

- Los ojos abren.
- Se establecen los ciclos de dormir, voltear, patear, y mamar.
- La piel está ligeramente arrugada.
- El feto mide aproximadamente 10 1/2 pulgadas a 11 pulgadas de longitud.
- El peso aumenta de 2 libras y 3 onzas a 2 libras y 13 onzas.
- La posibilidad de sobrevivir fuera del útero es aproximadamente 95 por ciento.

Longitud: Entre 10 1/2 a 11 pulgadas de largo.

31 - 32 semanas después de la última menstruación

- La piel es más gruesa y rosada al formarse la grasa.
- El cuerpo empieza a llenarse.
- Las uñas de los dedos de los pies empiezan a crecer.
- El reflejo de mamar se coordina con el reflejo de tragar.
- Empieza el control de la cabeza.
- El feto mide aproximadamente 11 a 11 3/4 pulgadas de longitud.
- El peso aumenta de 2 libras y 13 onzas a 3 libras y 12 onzas.
- La posibilidad de sobrevivir fuera del útero es aproximadamente 95 por ciento.

Longitud: Entre 11 a 11 3/4 pulgadas de largo.

33 - 34 semanas después de la última menstruación

- Las orejas empiezan a tomar forma curvada y a mantener su forma.
- El tono muscular aumenta continuamente.
- El feto mide aproximadamente 11 3/4 a 12 1/2 pulgadas de longitud.
- El peso aumenta de 3 libras y 12 onzas a 4 libras y 10 onzas.
- La posibilidad de sobrevivir fuera del útero es aproximadamente 95 por ciento.

Longitud: Entre 11 3/4 a 12 1/2 pulgadas.

35-36 semanas después de la última menstruación

- El cuero cabelludo se vuelve sedoso y se queda pegado a la cabeza.
- Los músculos del cuello pueden levantar la cabeza.
- Los músculos del tronco pueden mantener la espalda recta.
- El feto mide aproximadamente 12 1/2 a 13 1/2 pulgadas de longitud.
- El peso aumenta de 4 libras y 10 onzas a 5 libras y 5 onzas.
- La posibilidad de sobrevivir fuera del útero es mayor del 95 por ciento.

Longitud: Entre 12 1/2 a 13 1/2 pulgadas.

37 - 38 semanas después de la última menstruación

- Los músculos de los brazos y las piernas están bien desarrollados.
- Usualmente los pulmones están maduros.
- El feto mide aproximadamente 13 1/2 a 14 1/2 pulgadas de longitud.
- El peso aumenta de 5 libras y 5 onzas a 6 libras y 5 onzas.
- La posibilidad de sobrevivir fuera del útero es mayor de 95 por ciento.

Longitud: Entre 13 1/2 a 14 1/2 pulgadas.

39 - 40 semanas después de la última menstruación

- La piel es rosada y tiene una capa gruesa de grasa subcutánea.
- El tamaño desde la coronilla hasta los glúteos es aproximadamente 14 1/2 pulgadas (o 19-21 pulgadas desde la cabeza a los pies).
- El peso aumenta de 6 libras, 5 onzas a 7 libras, 6 onzas.
- La posibilidad de sobrevivir fuera del útero es mayor de 95 por ciento.

Longitud: Entre 14 1/2 a 19-21 pulgadas.

Para un embarazo saludable…

Hay muchas cosas que una mujer embarazada puede hacer para mejorar las posibilidades de tener un parto saludable.

La mujer embarazada debe:

Buscar cuidado prenatal tempranamente y tener la primera visita con el médico tan pronto sea posible.

Seguir el consejo medico sobre las vitaminas prenatales, dieta, y ejercicio.

Evitar fumar, incluyendo el humo de segunda mano, el uso del alcohol y de drogas.

Usted puede llamar sin costo al 1-800-548-2593 para obtener información acerca de la ayuda que usted puede recibir durante el embarazo, el parto, y los primeros años de vida de su bebé. También se consigue información acerca de la adopción y los servicios para la prevención de embarazos involuntarios.

La siguiente información sobre procedimientos de aborto, los riesgos médicos asociados con cada procedimiento, y los riesgos médicos asociados con el embarazo de nueve meses se le proporciona según lo requiere la ley del Estado de Nebraska: Neb. Rev. Stat. 28-327 a 327.01 (Cum Supp. 1994).

Métodos de aborto

El método que se use para provocar el aborto depende de la etapa del embarazo y la salud de la madre. Más del 90 por ciento de todos los abortos se llevan a cabo durante las primeras 14 semanas después de la última menstruación de la mujer. Solamente 1 de cada 10,000 abortos se lleva a cabo después de las 24 semanas. Además de los métodos descritos a continuación, hay otros métodos de aborto que son menos comunes. Para más información consulte con su médico.

Aborto médico

Un aborto médico puede ocurrir durante los primeros 49 días (7 semanas) después de la última menstruación. Los procedimientos para llevar a cabo un aborto médico ocurren en la clínica del médico durante tres visitas. Las etapas que se llevan a cabo durante las tres visitas son: Día 1,

Suministro de medicina oral, Día 3, visita de retorno con el médico, si continúa embarazada, recibe otra medicina oralmente o vaginalmente, y Día 14, visita de retorno para confirmar si el aborto fue completo. Si continúa embarazada para el día 14, el médico hablará con la paciente sobre otras opciones, incluyendo un procedimiento quirúrgico para finalizar el embarazo.

Toda mujer que ha tenido un aborto puede esperar:
- Calambres y sangrado después del procedimiento.
- Sangrado vaginal parecido al de la menstruación que dura de 9 a 16 días, y hasta 30 días después del procedimiento.
- El sangrado puede tener coágulos de sangre y restos de tejidos.
- Alrededor de 1 de cada 100 mujeres pueden tener sangrado vaginal tan severo que requiera un procedimiento quirúrgico para detener.

Aspiración y Curetaje

Este tipo de procedimiento se usa en los abortos del primer trimestre, los que se llevan a cabo durante las 6 a 14 semanas después de la última menstruación. Se lava la vagina y se inyecta un anestésico local o general en o cerca del cuello uterino. Se estrecha gradualmente la entrada del cuello uterino. Se inserta un tubo conectado a una máquina de aspiración al útero para remover el embrión o el feto.

Después de remover el tubo de aspiración, se usa una cureta (un instrumento parecido a una cuchara) para raspar las paredes del útero para asegurar que no que-den restos de la placenta o del embrión (o el feto). Esto es lo que se llama el curetaje.

El procedimiento tarda aproximadamente 30 minutos.

Las mujeres que tienen un aborto en el primer trimestre pueden esperar:

- Calambres durante y después del procedimiento.

- Sangrado vaginal parecido a la menstruación durante varios días después del procedimiento.

- Pueden recetarle antibióticos durante varios días.

Dilatación y evacuación (D & E)

Este tipo de procedimiento se usa para abortos durante la primera etapa del segundo trimestre (los que se llevan a cabo 14 a 18 semanas después de la última menstruación). Se lava la vagina. Dilatadores (segmentos chicos y estrechos de un material absorbente que se expande cuando se moja y lentamente abre el cuello uterino) puede ser insertado en el cuello uterino durante varias horas, o durante la noche.

Se pueden administrar medicamentos intravenosos para disminuir el dolor y evitar infecciones. Un anestésico local se inyecta en o cerca del cuello uterino. Si no han usado dilatadores o si la expansión no es completa, se abre cuidadosamente el cuello uterino con una serie de tubos lisos. Se saca el feto y la placenta del útero con aspiración y curetaje.

Se le administra una inyección de inmuno globulina a la mujer que tiene sangre del tipo Rh negativo para prevenir problemas de incompatibilidad sanguínea en futuros embarazos. El procedimiento tarda aproximadamente 45 minutos.

Las mujeres que tienen un aborto iniciando el segundo trimestre pueden esperar:

- Calambres durante y después del procedimiento.
- Sangrado parecido a la menstruación por varios días después del procedimiento.
- Pueden recetarle antibióticos durante varios días.

Método de inducción

Este método se usa para abortos después de la mitad o a finales del segundo trimestre (aproximadamente 18 a 24 semanas después de la última menstruación). El método de inducción normalmente se hace en un hospital. Antes de inducir el trabajo de parto, se pueden usar dilatadores o se puede aplicar, por hasta dos días, una sustancia gelatinosa que contiene hormonas para suavizar y abrir el cuello del útero. En el momento que la paciente es ingresada al hospital, un supositorio que contiene hormonas puede ser insertado en la vagina cada 3 o 4 horas. Se puede usar una sutancia llamada misoprostol oral o vaginalmente como alternativa a los supositorios hormonales. Puede administrarse una hormona intravenosa para provocar contracciones, lo que provocara el nacimiento del feto sin vida.

La duración del procedimiento desde el principio hasta el parto varía sustancialmente.
La mayoría de las mujeres dan a luz en 10 a 20 horas.
Frecuentemente la placenta no se separa fácilmente y es necesario un legrado para sacarla completamente.

Después del parto y de remover la placenta, el medicamento intravenoso continuará durante un tiempo breve para asegurar que el útero se haya contraído y que el sangrado esté controlado. En casos raros, cuando falla el método de inducción o cuando no se puede usar este método, se lleva a cabo una cirugía para remover el feto. Esto es parecido a un parto por cesárea y tiene los mismos riesgos.

Para reducir la producción de leche se pueden colocar compresas frías y vendajes apretados

Las mujeres que tienen un aborto por el método de inducción pueden esperar:

- Calambres mientras estén instalados los dilatadores o la gelatina con hormona.
- Calambres fuertes y dolores de parto que normalmente duran varias horas durante la inducción y el parto.
- Náusea, diarrea, escalofríos, y fiebre debido a la hormona gelatinosa.
- Quedarse una noche en el hospital.
- Sangrado como la menstruación durante varios días después del procedimiento.
- Los pechos pueden llenarse de leche varios días después del parto.
- El doctor puede recetar antibióticos.

Posibles complicaciones del aborto

La posibilidad de complicaciones depende de muchos factores. El factor más importante es el adelanto del embarazo. Otros factores significantes incluyen:

- La habilidad del médico

- El tipo de anestesia usado
- La salud de la mujer, y
- El método de aborto utilizado.

En las siguientes secciones, explicamos los tipos de complicaciones encontrados con cada método de aborto. Las complicaciones pueden ser "inmediatas" (se notan muy pronto), "demoradas" (desde unos días hasta semanas después del aborto) o "tardías" (desde unos meses hasta años después).

El médico maneja las complicaciones inmediatas durante el procedimiento. Usualmente se pueden tratar las complicaciones demoradas en la clínica o el consultorio del médico. Las señales de advertencia de las complicaciones demoradas incluyen fiebre, escalofríos, dolor o sensibilidad abdominal, calambres severos, dolor de espalda, sangrado prolongado o excesivo, flujo vaginal maloliente, o un retraso de seis semanas o más para volver a tener la menstruación. Aproximadamente 1 de cada 200 mujeres son admitidas en el hospital por causa de complicaciones inmediatas o demoradas.

El riesgo de complicaciones es mayor dependiendo en lo avanzado del embarazo cuando se hace el aborto. Por ejemplo, entre mujeres teniendo un aborto de una a seis semanas de embarazo, una de cada trece tendrá complicaciones. Entre las que abortan a las 17 a 20 semanas de embarazo, una de cada dos tendrá complicaciones de algún tipo.

Hay la posibilidad de complicaciones mayores, como una reacción severa a la anestesia, pérdida de sangre requiriendo transfusión, intervención quirúrgica mayor no planeada, o infección severa y fiebre. Una de cada 1,000 mujeres que tiene un aborto cuando tiene de una a seis semanas de embarazo, sufre una complicación mayor. Una de cada 80 mujeres que tiene un aborto cuando tiene de 17 a 20 semanas de embarazo, tiene una complicación mayor.

La posibilidad de que la mujer muera a causa de complicaciones de un aborto legal es 1 de cada 200,000 procedimientos de aspiración hechos en el primer trimestre; 1 de cada 30,000 procedimientos de dilatación y evacuación en el segundo trimestre; y posiblemente 1 de cada 15,000 inducciones.

Complicaciones de los abortos del primer trimestre pueden incluir:

- Reacciones alérgicas a los anestésicos u otros medicamentos.

Aproximadamente una de cada 5,000 mujeres tendrá una reacción seria a la anestesia, incluyendo fiebre alta, ataques repentinos, paro cardíaco, u otros síntomas que pueden ser de vida o muerte.

La anestesia general es asociada a mayor cantidad de sangrado y perforación del útero

Reacciones menores a medicamentos pueden causar sarpullido, malestar general o fiebre leve.

- Cortadura o desgarre del cuello uterino.

  Daño al cuello del útero ocurre en 1 de cada 500 hasta 1 de cada 100 abortos por aspiración. Puede necesitar suturas.
  Puede aumentar el riesgo de partos prematuros en embarazos futuros.

- Perforación de la pared del útero y/u otros órganos.

  Perforación del útero ocurre en 1 de cada 500 a 1 de 100 mujeres recibiendo aborto temprano. Perforaciones severas usualmente son acompañadas de sangrado pesado y dolor. Se necesitará una operación para reparar el daño y si no se puede detener el sangrado, deberán removerle el útero.

- Coágulos de sangre en el útero.

  Una de cada 100 mujeres experimenta coágulos grandes.

- Aborto incompleto.

  Una de cada 300 mujeres puede retener tejido en el útero. Se lleva a cabo un segundo pro-cedimiento para vaciar completamente el útero.

- Sangrado pesado que requiere intervención médica.

  Después de un procedimiento de aspiración, 1 de cada 1,500 mujeres sufre sangrado tan severo que requiere una transfusión y posible admisión en el hospital.

- Infección.

  Una de cada 150 mujeres sufre infección y fiebre que necesita tratarse con antibióticos. Infecciones no tratadas pueden resultar en infertilidad o, en casos raros, pueden ser de vida o muerte y requerir hospitalización.

Complicaciones posibles de una dilatación y evacuación (D & E) del segundo trimestre incluyen:

- Reacciones alérgicas a los anestésicos u otros medicamentos.

  La anestesia general es asociada con mayor cantidad de sangrado y perforación del útero. Aproximadamente una de cada 5,000 mujeres tendrá una reacción seria a la anestesia, incluyendo fiebre alta, ataque repentino, paro cardíaco, u otros síntomas de vida o muerte.

  Reacciones menores a medicamentos pueden causar sarpullido, malestar general o fiebre leve.

- Cortadura o desgarre del cuello uterino.

  Daño al cuello uterino ocurre en 1 de cada 90 abortos por D & E. Puede necesitar suturas. Puede aumentar el riesgo de partos prematuros en embarazos futuros.

- Perforación de la pared del útero y/u otros órganos.

  Perforación del útero ocurre en 1 de cada 300 abortos por D & E. Perforaciones severas usualmente presentan sangrado pesado y dolor. Se necesitará una operación para reparar el daño y si el sangrado no se puede parar, necesitaría removerle el útero.

- Coágulos de sangre en el útero.

  Una de cada 100 mujeres experimenta coágulos grandes y puede requerir tratamiento médico.

- Aborto incompleto.

  Una de cada 300 mujeres puede retener tejido en el útero. Se hace un segundo procedimiento de aborto para limpiar completamente el útero.

- Sangrado pesado que requiera intervención médica.

  Después del aborto por D & E, 1 de cada 400 mujeres sufre sangrado tan severo que se requiere una transfusión y posible admisión en el hospital.

- Infección.

  Una de cada 75 mujeres sufre infección y fiebre que necesita ser tratada con antibióticos. Infecciones no tratadas pueden resultar en infertilidad o, en casos raros, pueden ser de vida o muerte y requerir hospitalización.

Complicaciones del aborto por método de inducción pueden incluir:

- Reacciones a los anestésicos u otros medicamentos.

  En la mayoría de las mujeres, la sustancia gelatinosa de hormonas causa escalofríos, fiebre leve, diarrea, y náusea. Otros medicamentos pueden causar sarpullido, malestar general o fiebre. Aproximadamente una de cada 5,000 mujeres tendrá una reacción seria a la anestesia, incluyendo fiebre alta, ataques repentinos, paro cardíaco, u otros síntomas de vida o muerte.

- Cortadura o desgarre del cuello uterino.

  Daño al cuello uterino ocurre en 1 de cada 200 inducciones, la mayoría ocurre cuando se requiere un legrado para quitar la placenta. Puede necesitar suturas Puede aumentar el riesgo de partos prematuros en futuros embarazos.

- Perforación de la pared del útero y/u otros órganos.

  Perforación del útero ocurre en 1 de cada 300 procedimientos cuando se requiere un legrado para quitar la placenta. Perforaciones severas usualmente presentan sangrado y dolor. Se necesitará una operación para reparar el daño y si el sangrado no se puede detener, necesitaran removerle el útero.

- Sangrado pesado que requiere intervención médica.

  Después de una inducción, 1 de cada 300 mujeres sufre sangrado tan severo que requiere una transfusión, estancia prolongada en el hospital y si el sangrado no se puede controlar, necesitarán removerle el útero.

- Infección.

  Una de cada 50 mujeres sufre infección y fiebre que necesitan ser tratadas con antibióticos. Infecciones no tratadas pueden resultar en infertilidad o, en casos raros, pueden ser de vida o muerte y requerir hospitalización.

Complicaciones psicológicas del aborto

Algunos estudios indican que algunas mujeres presentan reacciones tales como tristeza, aflicción, remordimiento, ansiedad y culpa.

Una revisión de 250 estudios acerca de este tema encontró que los factores que pueden influir en la decisión para hacerse un aborto incluyen: valores personales, sentimientos acerca del aborto, presión de los demás, terminar una concepción previamente deseada, una decisión hecha muy tarde en el embarazo, o la falta de apoyo de la pareja o de la familia.

Efectos del aborto en la fertilidad y futuros embarazos

La mayoría de los estudios no muestran ningún impacto del aborto del primer trimestre en embarazos subsecuentes o en la fertilidad de la mujer. Los efectos del aborto del segundo trimestre no han sido determinados. Tener más de un aborto puede aumentar el riesgo de complicaciones futuras como un parto prematuro, sobre todo si se hacen los abortos después del primer trimestre. Las complicaciones del aborto pueden causar infertilidad o reducir la fertilidad.

Complicaciones del embarazo

La mayoría de las complicaciones del embarazo se pueden tratar con éxito. Los riesgos del embarazo y del parto se relacionan con la edad de la mujer, la salud, los antecedentes étnicos, el número de embarazos, el acceso a atención médica, y otros factores. Las posibles complicaciones del embarazo incluyen:

- Aborto espontáneo.

  Quince por ciento de los embarazos confirmados clínicamente terminan en aborto espontáneo. Embarazos ectópicos ocurren en el 2 % de todos los embarazos.

- Amenaza de aborto espontáneo o trabajo de parto prematuro.

  Una de cada 50 mujeres es hospitalizada por sangrado pesado al inicio del embarazo. Una de cada 15 mujeres es hospitalizada por trabajo de parto pre-

maturo. Una de cada 100 mujeres es hospitalizada para hacerle un cerclaje (cerrar el cuello uterino con suturas para prevenir un parto pre-maturo). Una de cada 10 mujeres requiere actividad restringida o descanso en cama para evitar el parto prematuro.

- Náusea severa.

  Una de cada 70 mujeres es hospitalizada a causa de deshidratación severa y pérdida de peso debido a las nauseas y los vómitos durante el embarazo.

- Diabetes gestacional.

  Entre el 2 al 5 por ciento de las mujeres desarrollan diabetes durante el embarazo. En la mayoría de los casos (6 de cada 10 casos), la diabetes desaparece después del parto.

- Presión arterial alta.

  Una de cada 14 mujeres desarrolla presión arterial alta debido al embarazo y una de cada 20 desarrolla una forma más severa de la presión arterial alta que se llama preeclampsia o eclampsia. La preeclampsia/eclampsia puede causarle a la madre insuficiencia del hígado o renal, problemas con la coagulación, líquido o coágulos de sangre en los pulmones, ataques repentinos, derrame cerebral y otras complicaciones de vida o muerte. Una de cada 70 mujeres es hospitalizada debido a la presión arterial alta y sus complicaciones. Una de cada 50 mujeres da a luz antes de la fecha del parto debido a las complicaciones de la presión arterial alta.

- Infecciones de los riñones y del útero.

  Una de cada 50 mujeres es hospitalizada por infecciones severas del sistema genitourinario.

- Cesárea.

  Una de cada cuatro mujeres tiene un parto por cesárea.

- Episiotomía o desgarre perineal

  Para facilitar el parto vaginal, se hace un corte en la entrada de la vagina (episiotomía) a 3 de cada 5 mujeres. Se cierra la cortada con suturas y se sana en aproximadamente una semana. Con menor frecuencia, la entrada de

la vagina se desgarra y puede abrir una fisura. También a ésta le ponen suturas y normalmente se sana sin complicaciones.

- Herida del cuello uterino.

  Daño al cuello uterino ocurre en 1 de cada 200 partos vaginales. Se puede requerir suturas. Puede aumentar el riesgo de partos prematuros en futuros embarazos.

- Sangrado pesado que requiere tratamiento médico.

  Antes, durante, o después del parto, 1 de cada 80 mujeres sufre de sangrado suficientemente severo como para requerir tratamiento médico.

- Reacciones a la anestesia u otros medicamentos.

  Los medicamentos suministrados para detener el trabajo de parto prematuro frecuente-mente hacen que se acelere el corazón, causan nerviosismo e irritabilidad; complicaciones más severas pueden incluir la acumulación de líquido en los pulmones e insuficiencia cardiaca. Otros medicamentos pueden causar sarpullido, malestar general o fiebre leve. Aproximadamente 1 de cada 5,000 mujeres tiene una reacción seria a la anestesia la cual puede incluir fiebre alta, ataques repentinos, paro cardíaco, y otros síntomas de vida o muerte.

- Infección.

  Desde 1 de cada 200 mujeres hasta 1 de cada 50 mujeres desarrollan una infec-ción y fiebre que necesita tratamiento con antibióticos. Infecciones no trata-das pueden resultar en infertilidad o, en casos raros, pueden ser de vida o muerte y requerir hospitalización.

- Riesgo de muerte de la madre.

  El riesgo de muerte de la madre (no incluyendo muertes debidas al aborto) es de 7 por cada 100.000 partos vivos (1 por cada 14000).

Las mujeres con mayor riesgo a tener complicaciones serias durante y después del embarazo son las que tienen acceso limitado a atención médica y las que tienen pobre salud general y malas condiciones de vivienda.

Complicaciones psicológicas del parto

Depresión leve y pasajera ("tristeza posparto") ocurre en hasta 70 de cada 100 mujeres durante la primera y la segunda semana después del parto. Hasta 10 de cada 100 mujeres padecen de depresión más duradera después del parto. Estas mujeres usualmente tienen una historia previa de depresión o tienen otros factores en sus vidas que contribuyen a su depresión.

Si usted desea tener mas copias…

Copias de este documento están disponibles para cualquier persona, servicio de salud u hospital a precio de costo. Si usted tiene preguntas o si quiere copias adicionales, llame o escriba a:

Nebraska Health and Human Services
301 Centennial Mall South
P.O. Box 95007
Lincoln, NE 68509-5007
TDD (402) 471-9570
o llame sin costo al 1-800-548-2593

Referencias bibliográficas están disponibles para quien las solicite.

Notas:

NEBRASKA HEALTH AND HUMAN SERVICES SYSTEM

DEPARTMENT OF SERVICES • DEPARTMENT OF REGULATION AND LICENSURE • DEPARTMENT OF FINANCE AND SUPPORT

ADA/AN EQUAL OPPORTUNITY/AFFIRMATIVE ACTION EMPLOYER